

L 6 KR 31/23

Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KR 646/20
Datum
28.03.2023
2. Instanz
-
Aktenzeichen
L 6 KR 31/23
Datum
26.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 28. März 2023 wird mit Ausnahme der Abweisung der Zinsforderung für die Zeit vor dem 11. August 2017 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 3451,19 € nebst 4 % Jahreszinsen daraus seit dem 11. August 2017 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens für beide Rechtszüge.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert beträgt für beide Rechtszüge 3451,- €.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Abrechnung einer stationären Behandlung bei der Klägerin, insbesondere über die zutreffende Hauptdiagnose.

Die Klägerin als Plankrankenhaus nahm vom 22. Dezember 2015 bis zum 26. Januar 2016 eine damals 59-jährige, bei der Beklagten Versicherte unter Aufnahme-Nr. 3XXXXXX in stationäre Behandlung auf. Dafür stellte die Klägerin der Beklagten einen Gesamtbetrag von 36.949,64 € in Rechnung, den die Beklagte zunächst beglich. Die Rechnung beruhte auf der DRG F36C, die sich nach Auffassung beider Beteiligten folgerichtig aus der zu Grunde gelegten Hauptdiagnose I70.25 - Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ mit Gangrän - ergab. Im Rahmen eines Gutachtens vom 9. September 2016 gelangte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt zu dem Ergebnis, die Hauptdiagnose sei nicht korrekt. Aus der Aufnahmedokumentation vom 22. Dezember 2015 sei nicht zu erkennen, dass die arterielle Verschlusskrankheit die Behandlung maßgeblich veranlasst habe. Hauptdiagnose sei A41.58 - Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger. Aus der daraus abzuleitenden DRG A11E errechnete die Beklagte eine Überzahlung in Höhe von 3451,19 €, die sie von der Klägerin zurückforderte.

Die Klägerin wandte sich dagegen mit einem Widerspruch des Inhalts, die Aufnahme sei wegen einer Infektion erfolgt, als deren Auslöser ein Harnwegsinfekt oder eine Nekrose an der rechten Ferse als möglich angesehen worden seien. Die Nekrose habe sich als feucht und mit eitrigem Sekretion herausgestellt, was zur Amputation noch am Folgetag der Aufnahme geführt habe. Diagnostik und therapeutischer Aufwand seien gezielt auf die verwendete Hauptdiagnose gerichtet gewesen.

Die Beklagte verrechnete entsprechend einer Mitteilung vom 17. Juli 2017 den Unterschiedsbetrag am 4. August 2017 mit dem Forderungsbetrag der Rechnung zu Nr. 51795599.

Mit der am 21. Dezember 2020 erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Anliegen weiter verfolgt. Die Beklagte hat ein weiteres Gutachten des Medizinischen Dienstes vom 22. November 2021 eingeholt, wegen dessen Einzelheiten auf Bl. 27 - 31 der Gerichtsakte verwiesen wird. Im Wesentlichen hat der Gutachter ausgeführt, der komplex-intensivmedizinische Behandlungsaufwand sei durch Vorliegen der Sepsis begründet gewesen. Die Klägerin hat ergänzend ausgeführt, aufgrund der durchgeführten zweifachen Operation mit Amputation des Beines habe der größere Ressourcenverbrauch bei der Diagnose I70.25 gelegen. Die Verschlüsselung habe nach den Deutschen Kodierrichtlinien so spezifisch wie möglich zu erfolgen. Das bedeute eine Fragestellung nach der Krankheit, ihrer genauen Lokalisation und ihrer Ursache.

Mit seinem Urteil vom 28. März 2023 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die Beklagte habe mit dem öffentlich-rechtlichen

Erstattungsanspruch aus dem streitigen Behandlungsfall aufrechnen können. Maßgeblich für die Vergütung sei die DRG A11E, weil als Hauptdiagnose A41.58 zu kodieren sei. Eine Sepsis habe vorgelegen und die Patientin an einem septischen Schock gelitten, der im Rahmen ambulanter Behandlung nicht mehr beherrschbar gewesen sei. Die Diagnose einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit beschreibe einen vorbestehenden Gesundheitszustand und sei auch im Rahmen des Krankenhausaufenthalts nicht behandelt worden. Die Gangrän sei ein zu der Atherosklerose der Extremitäten hinzutretender besonderer Umstand, aber nicht die allein zu behandelnde Erkrankung. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit sei nicht allein für die Nekrosen richtungsweisend. Die Nekrosen und der septische Schock, nicht jedoch die Verschlüsse in den Schenkelarterien hätten zur Aufnahme geführt.

Gegen das ihr am 22. Mai 2023 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 5. Juni 2023 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Sie führt aus, Nekrosen seien ein typischer Bestandteil des Krankheitsbildes einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Deshalb führten sie auch zu einer spezifischen Unterkodierung der Verschlusskrankheiten in der ICD-10. Über das Symptombild einer Nekrose habe die periphere arterielle Verschlusskrankheit die medizinische Versorgung des Versicherten durch die Klägerin beherrscht. Nicht die Sepsis sei Hauptsymptom der Versorgung gewesen, sondern die im Verbund der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit stehende Amputation. Die Klägerin sieht sich durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf Ur. v. 29.8.23 - [B 1 KR 25/22](#), dort Rn. 19) bestätigt. Sie legt auf Anforderung des Gerichts die Budget- und Entgeltvereinbarung 2017 der Klägerin mit der ARGE der Kassenverbände in Sachsen-Anhalt vor, die eine Verzinsungsregelung enthält. Sie trägt vor, die Rechnung, gegen die die Beklagte verrechnet habe, sei mit Datum vom 14. Juli 2017 gestellt worden und müsse diese auf elektronischem Wege spätestens am 17. Juli 2017 erreicht haben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 28. März 2023 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr auf den Fall zu Rechnungsnr. 51795599 weitere 3.451,19 € nebst Zinsen in Höhe von 4% jährlich seit dem 4. August 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und hält jedenfalls die Sepsis für maßgeblich für den Krankenhausaufenthalt. Sie verweist auf die spezielle Kodierrichtlinie 0103f.

Die Beteiligten haben bestätigt, dass ein Ausschluss der Diagnose A41.58 als Nebendiagnose die geltend gemachte Abrechnung nicht verändert.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung mit Schriftsätzen vom 19. – die Beklagte – und 20. September 2024 – die Klägerin – zugestimmt.

Bei der Entscheidung haben dem Senat neben den Gerichtsakten die Verwaltungsakte der Beklagten zum Abrechnungsvorgang in zwei Bänden – R.-Nr. 51666049 – und die Patientenakten der Versicherten – Fall.-Nr. 3563789 – vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat Erfolg.

Die Klägerin hat aus der nach Art, Umfang und Vergütungsanspruch unstrittigen Behandlung zu Rechnungsnr. 51795599 Anspruch auf Zahlung von weiteren 3451,19 € nebst dem Großteil der geltend gemachten Zinsen, weil die Beklagte die entsprechende Forderung nicht durch die Erklärung der Aufrechnung mit Schreiben vom 17. Juli 2017 durch Erfüllung zum Erlöschen gebracht hat. Denn die durch die Aufrechnungserklärung der Beklagten nach [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zur Tilgung gegenübergestellte Forderung besteht nicht. Die Beklagte hat keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in entsprechender Anwendung von [§ 812 BGB](#), weil sie die Rechnung für den streitigen Fall zu Rechnungs-Nr. 51666049 vollständig zu begleichen hatte.

Dieser Anspruch entstand dem Grunde nach durch die im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V – i. d. F. d. G. v. 16.7.2015, [BGBl. I S. 1211](#)) unstrittig erforderliche stationäre Versorgung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin. Der Höhe nach bemisst sich die Vergütung nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Dies ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG – i. d. F. d. letzten Änderung d. G. v. 10.12.2015, [BGBl. I S. 2229](#)) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (i. d. F. d. G. v. 1.12.2015, [BGBl. I S. 2114](#)). Näheres regeln die Parteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 3 KHEntgG durch einen Fallpauschalenkatalog und Abrechnungsbestimmungen in Fallpauschalenvereinbarungen. Die danach zu ermittelnde DRG-Position bestimmt sich u. a. nach der ICD-10 in der jeweiligen Fassung durch das - hier noch - Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, hier für das Jahr 2015 (ICD-10 GM 2015) und den von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für dieses Jahr.

Die Klägerin hat ihre Vergütungsforderung – wie als Faktor zur Ermittlung der Rechnungssumme allein streitig ist – zu Recht auf den DRG-Code F36C (intensiv-medizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems – unter weiteren dort aufgeführten Erschwerungen) gestützt. Dazu ist die Klägerin gelangt, weil sie zutreffend als Hauptdiagnose eine Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ mit Gangrän nach I70.25 ICD-10 GM 2015 in die Rechnung eingestellt hat. Sie ist durch die enthaltene Ursache der Arterienatherosklerose und Angabe der betroffenen Körperregion die umfassendere Diagnose gegenüber der auch dadurch bedingten, allein aber nicht näher zugeordneten Sepsis.

Die Hauptdiagnose steht in Einklang mit den Anordnungen der ICD-10 GM 2015. Insbesondere ist sie nicht schon von dem Ausschluss aller von Kapitel IX erfassten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) betroffen, der dem Kapitelvorspann der Erkrankungen zu A00-A99 als angeordnetes Exklusivum (vgl. zur grundsätzlichen Anwendung DKR D013c, S. 29) zu entnehmen ist. Denn für das dort bestimmte grundlegende Verhältnis zweier Krankheitsgruppen steht der von der Beklagten als Hauptdiagnose gegenübergestellten A41.58 – Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger – ihrerseits ein konkreteres Exklusivum entgegen, das wiederum im Sinne einer Rückausnahme die Anwendung gegenüber der Diagnose I70.25 ausschließt.

Nach dem Exklusivum in der Einführung des Kapitels I Bestimmte infektiöse und bakterielle Krankheiten (A00-B99) besteht nämlich dort der Ausschlussbestand der bestimmten lokalisierten Infektionen mit dem beigefügten Hinweis: Siehe im entsprechenden Kapitel des jeweiligen Körpersystems. Um eine solche lokalisierte Infektion handelt es sich bei der Diagnose durch den von Schlüssel I70.25 erfassten Zustand mit Gangrän, der nach ausdrücklicher Bestimmung auch die feuchte Gangrän erfasst. Dabei handelt es sich um den infizierten lokalisierten Zustand (Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft, Stabsstelle Krebsprävention und WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Lexikon, recherchiert unter <https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Lexikon/G/Gangraen.html>, Wikipedia, Schlagwort periphere arterielle Verschlusskrankheit, Kapitel Stadien, DocCheckFlexikon, Schlagwort feuchte Gangrän), der nach dem Exklusivum in der Einführung von Kapitel I der ICD-10 eine A-Diagnose ausschließt.

Die gestellte Hauptdiagnose entspricht den Vorgaben zu D002f der Deutschen Kodierrichtlinien 2015. Denn „nach Analyse“, nämlich „einer Evaluation der Befunde am Ende des stationären Krankenhausaufenthaltes“ ist die Atherosklerose die Erkrankung, die den stationären Krankenhausaufenthalt hauptsächlich veranlasst hat. Die zu Beginn des Krankenhausaufenthalts auffällig gewordenen Symptome einer Sepsis stellen sich nach Analyse zugleich als Symptome der gangränös fortgeschrittenen Verschlusskrankheit des rechten Beines dar. Diese Diagnose beschreibt die zu behandelnde Erkrankung genauer als die Diagnose einer Sepsis, weil sie Erkrankungs- und Behandlungsschwerpunkt gleichermaßen zum Ausdruck bringt. Dies ergibt sich aus dem Rückverlegungsbericht der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Klägerin vom 26. Januar 2016, wonach die Indikation zur Oberschenkelamputation rechts im Hinblick auf die septische Gesamtkonstellation durch die feuchte Gangrän des rechten Rückfußes bedingt war. Dass die als Ausdruck einer Sepsis aufgeführte Rötung bis zur Mitte des Unterschenkels der „linken“ Seite zugeordnet wird, stellt der Senat dabei als Schreibfehler fest, weil eine Rötung auf der linken Seite schon logisch nicht als die Indikation für eine Amputation rechts angesehen werden kann, für die sie in dem Text in Anspruch genommen wird. Die Amputation des infizierten Bereichs schloss die Behandlung der Sepsis als Teil mit ein, wie sich insbesondere aus dem Bericht der Intensivstation I vom 15. Januar 2016 ergibt. Darin und in der Nachbehandlung der Amputation liegt nach dem unbestrittenen Vorbringen der Klägerin zugleich der höchste Behandlungsaufwand. Beide Berichte haben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei der Begutachtung vom 9. September 2019 ausweislich der Liste der Beurteilungsgrundlagen vorgelegen.

Die Regelungen zur Kodierung einer Sepsis unter 0103f der speziellen Kodierrichtlinien haben keinen Inhalt, wonach sie der ICD-10 für den Fall der Sepsis vorgehen. Dies ist auch nicht ihr Gegenstand, weil sie sich mit der Abgrenzung von Bakteriämie und Sepsis befassen. Dies ergibt sich aus der Absetzung: „Im Gegensatz dazu wird eine Sepsis ... kodiert“ in der Nachfolge der Erläuterungen zur Kodierung einer Bakteriämie.

Der Zinsanspruch folgt aus § 8 der Budget- und Entgeltvereinbarung zwischen den Beteiligten für das Jahr 2017. Danach ergibt sich der Zinsanspruch mit Überschreitung des Fälligkeitstermins am 25. Tag nach Eingang der Rechnung; das ist hier der 11. August 2017.

Die Revision war gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGG](#) nicht zuzulassen, weil der Rechtsstreit keine ungeklärten und keine Rechtsfragen aufwirft, die der Senat abweichend von einem übergeordneten Gericht beantwortet hätte.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Streitwert folgt aus [§ 3, § 47 Abs. 1 S. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-02-27